



CONGRESSO PORTUGUÊS DE ENDOCRINOLOGIA

69ª REUNIÃO ANUAL DA SPEDM

RESUMOS DOS TRABALHOS APRESENTADOS NO CONGRESSO



Poster

P01. HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO POR CARCINOMA DA PARATIROIIDEIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Carolina Chaves¹, Mariana Chaves², Catarina Moniz³,
Bernardo D. Pereira³, Isabel Sousa³, João Anselmo⁴, Rui César⁵

¹ Interna Formação Específica de Endocrinologia e Nutrição do Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, Portugal

² Interna Formação Específica de Radiologia do Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, Portugal

³ Assistente Hospitalar de Endocrinologia e Nutrição do Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, Portugal

⁴ Assistente Hospitalar Graduado de Endocrinologia e Nutrição do Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, Portugal

⁵ Diretor do Serviço de Endocrinologia e Nutrição do Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, Portugal

Introdução: O carcinoma da paratiroideia (CP) é uma patologia rara de etiologia desconhecida, estimando-se que seja responsável por menos de 1% de todos os doentes com hiperparatiroidismo primário. Embora a maioria dos casos seja esporádica, em cerca de 20% - 40% está associado a mutações do gene *CDC73/HRPT25*. Com este trabalho pretende-se expor o caso clínico de uma doente com hipercalcémia de longa duração.

Caso Clínico: Trata-se de uma mulher de 47 anos, observada na consulta de Endocrinologia pela primeira vez em 2013 por hipercalcémia. Referia queixas de cansaço, anorexia, perda de peso e dores ósseas generalizadas com cerca de 2 anos de evolução. Antecedentes de fratura da perna e antebraço esquerdo por traumatismos mínimos e litíase renal recorrente. A avaliação analítica revelou cálcio corrigido de 14,3 mg/dL (8,5-10,1 mg/dL) e hormona paratiroideia (PTH) de 691,7 pg/mL (11-67 pg/mL). A radiografia do esqueleto apresentava tumores castanhos nos ossos longos e osteíte fibrosa quística das mãos. Na ecografia cervical identificou-se uma massa sólida de 3 cm, sugestiva de adenoma da paratiroideia. A doente foi submetida a paratiroidectomia inferior direita e a peça operatória confirmou tratar-se de um adenoma.

No pós-operatório a doente desenvolveu um quadro de tetania por síndrome do osso faminto associado a tromboembolismo pulmonar e trombose venosa profunda, apresentando analiticamente cálcio de 6,8 mg/dL, PTH de 65,6 pg/mL e fosfatase alcalina de 1941 U/L. Foi medicada com cálcio oral 12 g/dia, calcitriol 1,5 mcg/dia e magnésio 3 g/dia e ainda gluconato de cálcio endovenoso, terapêutica que manteve durante cerca 6 meses.

Em Março 2017 apresentou recidiva da hipercalcémia (cálcio total de 11,3 mg/dL e PTH 303,7 pg/mL). Nesta altura é solicitada nova ecografia cervical que revela uma formação hipoeecóica em relação com provável adenoma paratiroideu com a mesma loca-

lização do anterior. A cintigrafia das paratiroideias com sestamibi não revelou qualquer foco de hiperfixação. Realizou citopunção aspirativa com agulha fina do nódulo em Junho 2017 que revelou PTH 1099 pg/mL no lavado da agulha. Foi submetida a hemitiroidectomia direita em Setembro de 2017, sendo o diagnóstico histológico da peça operatória de CP.

Neste momento aguarda *screening* do gene *CDC73/HRPT2* e discutem-se as hipóteses de tratamento médico-cirúrgico para esta doente.

Conclusão: Atendendo à raridade do CP a sua ocorrência é por vezes descurada. Na presença de uma calcémia muito elevada (>14 mg/dL) com PTH >10 vezes o normal, é sempre de admitir a possibilidade de CP. Estes valores alertam-nos ainda para o risco de síndrome do osso faminto no pós-operatório da patologia da paratiroideia.

P 02. DOIS CASOS DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO MOSTRANDO FIXAÇÃO DE 99M-TC-SESTAMIBI EM TUMORES CASTANHOS

Dias D¹, Simões-Pereira J¹, Macedo D¹, Donato S¹, Santos R¹, Leite V¹

¹ Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, Lisboa, Portugal

Introdução: Os adenomas das paratiroides constituem a causa mais frequente de hiperparatiroidismo primário (HP), seguidos da hiperplasia e dos carcinomas (CaP). Os tumores castanhos (TCA) representam uma das complicações ósseas associadas ao hiperparatiroidismo de longa duração. São raros nos países desenvolvidos, ocorrendo em < 2% dos doentes. A cintigrafia com 99m-Tc-sestamibi (C-MIBI) é o exame de eleição para a localização de tecido paratiroideu no HP, existindo raros casos descritos na literatura de visualização de TCA neste exame.

Caso Clínico 1: Mulher de 72 anos, caucasiana, história de nefrectomia direita aos 49 e fratura da clavícula esquerda aos 70 anos. Referia massa a nível da clavícula esquerda com 6 cm, de aumento progressivo, com um ano de evolução. A tomografia computadorizada (TC) revelou múltiplas lesões líticas do esqueleto (incluindo clavícula esquerda) e uma fratura patológica da mandíbula. A 18F-FDG PET mostrou hiperfixação em várias lesões do esqueleto, sobretudo a nível da clavícula esquerda e ainda no pólo inferior esquerdo da tireoide. A citologia aspirativa e biópsia cirúrgica da lesão da clavícula revelaram TCA. Bioquimicamente cálcio sérico 12,8 mg/dL (8,4-10,2), fosfatase alcalina 264 UI/L (9-36), e PTH 1056 pg/mL (12-65). A C-MIBI revelou captação no pólo inferior do lobo esquerdo da tireoide, na quase toda totalidade do lobo direito assim como em múltiplas lesões ósseas.

uma gestação resultou de indução da ovulação, originando uma gravidez gemelar e nenhuma das mulheres fazia terapêutica prévia direccionada à doença hipofisária. Nas mulheres com panhipopituitarismo, as gestações resultaram de indução da ovulação; manteve-se terapêutica de substituição com ajuste de hormona tiroideia. Avaliações neuroftalmológicas de controlo no segundo trimestre sem alterações; dois casos de macroprolactinomas e do quisto fizeram ressonância magnética de controlo: em nenhum se verificou aumento das dimensões do tumor. Sem registo de queixas de cefaleias ou alteração da visão nas 10 mulheres. Em dois casos houve diagnóstico de diabetes gestacional (acromegalia e prolactinoma); um dos casos de prolactinoma desenvolveu também pré-eclâmpsia e síndrome de HELLP concomitante. Quanto ao parto, a idade gestacional média foi de 38 semanas (DP 1,7; 36-40), com cinco partos distócicos (4 cesarianas, 1 ventosa). Quanto aos desfechos neonatais: peso médio dos recém-nascidos foi de 2760 g (DP 446), com um caso leve para a idade gestacional (LIG) (prolactinoma com pré-eclâmpsia e s. HELLP); sem registo de complicações no período pós-natal. Em quatro casos houve amamentação materna (os dois casos de acromegalia e dois casos de prolactinoma). De notar que um dos casos de microprolactinoma mantém-se sem terapêutica (2 anos pós parto), com ciclos menstruais regulares e níveis de prolactina dentro da normalidade.

Os resultados desta série, apesar do número pequeno de casos, ilustram que a patologia hipofisária não invalida a gravidez que, no entanto, requer acompanhamento por obstetra e endocrinologista.

P 25. GRAVIDEZ EM DOENTES COM ACROMEGALIA – 4 CASOS DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA

Pedro Souteiro^{1,2}, Sandra Belo¹, Joana Queirós¹, Irene Bernardes³, Josué Pereira⁴, Eduardo Vinha¹, Davide Carvalho^{1,2}

¹ Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal

² Faculdade de Medicina e I3s da Universidade do Porto, Portugal

³ Unidade de Neuro-Radiologia do Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

⁴ Serviço Neurocirurgia do Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Introdução: A fertilidade está frequentemente comprometida em mulheres com diagnóstico de acromegalia. Contudo, a gravidez nestas doentes está a tornar-se mais comum devido aos desenvolvimentos no tratamento da acromegalia e nas terapêuticas indutoras da fertilidade.

Caso Clínico: Reportamos quatro casos doentes com acromegalia, cinco gestações, diagnosticadas em média aos $28,8 \pm 2,5$ anos e com níveis iniciais de IGF-1 de 797 ± 318 (valores de referência 115-357 ng/mL). Os exames de neuroimagem revelaram três macro- e um microadenoma. Todos os doentes foram submetidos a cirurgia transfenoidal. Duas das mulheres apresentaram critérios de cura após a cirurgia e dois necessitaram de radioterapia e/ou terapêutica médica. A idade média de concepção foi de $35,3 \pm 2,7$ anos. Três das doentes conceberam espontaneamente e uma necessitou de estimulação ovárica e fertilização *in vitro*. Apenas uma doente engravidou com níveis elevados de IGF-1 (417 ng/mL). À data da concepção uma delas estava sob terapêutica com agonista dopaminérgico e outra sob análogo de somatostatina, tendo sido ambos suspensos aquando do diagnóstico de gravidez. Não foram reportadas alterações campimétricas ou cefaleias

que motivassem a realização de ressonância magnética durante a gestação. Duas das mulheres apresentaram diabetes gestacional, sendo ambas tratadas com insulino-terapia, e outra delas hipertensão gestacional. Um dos recém-nascidos teve necessidade de vigilância em Unidade de Cuidados Intensivos por síndrome de dificuldade respiratória neonatal, e outro foi diagnosticado com duplicação ureteral. A doente que engravidou após estimulação ovárica engravidou novamente após concepção espontânea.

Conclusão: A gravidez em doentes com acromegalia é relativamente rara pelo que a sua análise pode ajudar os clínicos a melhor definir o seu seguimento e as opções terapêuticas disponíveis. O estudo destes quatro casos vem corroborar publicações prévias que sugerem que a suspensão da terapêutica médica durante a gravidez é considerada segura.

P 26. INGESTÃO DE IODO NA GRAVIDEZ – AVALIAÇÃO NUMA AMOSTRA DE GRÁVIDAS DO CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA

Laura Ribeiro¹, Carla Pedrosa¹, Bruno Oliveira¹, Isabel Albuquerque¹, Rosa Dantas¹, Joana Guimarães¹

¹ Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, Portugal

² Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Nutrição do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Portugal

Introdução: As necessidades energéticas, assim como de certos micronutrientes, estão aumentadas durante a gravidez. Nesta fase, as necessidades de iodo aumentam consideravelmente de forma a assegurar a síntese adequada de hormonas tiroideias. Na gravidez, o défice deste oligoelemento pode levar ao desenvolvimento de bócio e hipotiroidismo materno e fetal. Por outro lado, a sua ingestão excessiva também pode condicionar disfunção tiroideia. Assim, a adequação alimentar e nutricional é crucial de modo a garantir a saúde da mãe e otimizar o crescimento e o correto desenvolvimento neuro-cognitivo fetal.

Objetivo: Avaliar a ingestão nutricional, nomeadamente a ingestão de iodo e a sua prevalência de inadequação em mulheres grávidas.

Material e Métodos: Foram avaliadas 56 grávidas, acompanhadas na consulta multidisciplinar de Alto Risco Obstétrico para a Diabetes do Centro Hospitalar do Baixo Vouga. Foram recolhidos dados sociodemográficos, antropométricos e clínicos, e aplicado um questionário de frequência alimentar validado para a população portuguesa. Para o tratamento estatístico foi utilizado o programa SPSS® versão 24.0.

Resultados e Conclusões: Das grávidas observadas, 84,6% apresentava diabetes gestacional e 17,3% apresentava patologia tiroideia. A maioria das grávidas avaliadas apresentava uma ingestão de energia e macronutrientes de acordo com as recomendações, verificando-se uma ingestão média de 2406 kcal/dia (dp = 657). Relativamente à distribuição percentual do valor energético total pelos macronutrientes, verifica-se uma ingestão média de 19,9% (dp = 3,3) em proteínas, 48,7% (dp = 6,9) em hidratos de carbono e 33,5% (dp = 5,7) em lípidos. Observaram-se elevadas prevalências de inadequação de ingestão para a maioria dos micronutrientes analisados (92,3% ferro, 80,8% ácido fólico e 25,0% magnésio). Relativamente ao iodo, verificou-se uma inadequação da ingestão em 76,9% da amostra, correspondente a uma ingestão média de 143,7 µg/dia (dp = 83,5). A inadequação é corrigida em 94,3% das grávidas através da suplementação